

THÈSE 148
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Dr VACHER Alexandre

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

né le 12 janvier 1883 à Chabrignac (Corrèze)

DEUX CAS DE MORT SUBITE
par Hypertrophie du Thymus
CHEZ DEUX
Jeunes enfants hérédo-syphilitiques

Président : M. RECLUS.

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Ar^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

148

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

D^r VACHER Alexandre

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

né le 12 janvier 1883 à Chabignac (Corrèze)

DEUX CAS DE MORT SUBITE

par Hypertrophie du Thymus

CHEZ DEUX

Jeunes enfants hérédosyphilitiques



Président : M. RECLUS.

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
Clinique médicale	ROGER
Maladies des enfants	HAYEM
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux	LANDOUZY
	HUTINEL
	GILBERT BALLET
	GAUCHER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
	PINARD
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LÉRI	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Hommage très respectueux.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service du docteur Touche (d'Orléans) deux cas de mort rapide par hypertrophie du thymus, chez deux enfants hérédosyphilitiques, nous avons été frappé de la coexistence chez eux de ces deux maladies, et il nous a paru intéressant de rechercher quelle relation pouvait exister entre la syphilis et l'hypertrophie thymique.

Tout naturellement, nous nous sommes demandé si la présence simultanée de ces deux affections était une simple coïncidence ou si, au contraire, il était possible d'établir entr'elles un rapport de causalité ou de concomitance.

C'est pourquoi nous nous permettons de poser cette question de pathogénie : l'hypertrophie du thymus ne serait-elle pas, souvent du moins, un stigmate d'hérédosyphilis ?

Certes, nous ne nous faisons aucune illusion sur notre tâche ; la physiologie et la pathologie du thy-

mus d'une part, sont encore trop rudimentaires pour que nous nous flattions d'en tirer des renseignements précis et rigoureusement scientifiques ; d'autre part, les manifestations héréditaires de la syphilis sont tellement polymorphes, cette diathèse revêt tant de caractères et de si différents, qu'elle dépistera longtemps encore la sagacité des cliniciens les plus éprouvés et des expérimentateurs les plus ingénieux.

Il nous a semblé tout de même intéressant d'attirer l'attention sur cette localisation possible et probable du *treponeme pallidum* et nous serions heureux d'avoir contribué (dans une mesure aussi faible) à l'orientation de recherches sur cette nouvelle manifestation d'hérédosyphilis.

Nous nous sommes astreint dans ce travail à exposer les faits sans en tirer des conclusions trop osées. Nous avons simplement rapproché de nos observations personnelles quelques autres qui nous paraissent fort semblables ; nous avons essayé d'en préciser les points de ressemblance.

Après un court exposé d'anatomie topographique, après un court résumé de la physiologie du thymus, nous avons relaté nos deux observations personnelles avec les résultats de l'examen anatomo-pathologique de l'une d'elles, pratiqué sur la pièce formolée. Nous avons rapproché de ces observations personnelles, où la syphilis était en jeu d'autres observations où la syphilis n'avait pas été recherchée. Enfin, il nous a paru utile de consacrer un chapitre à la symptomato-

logie de l'hypertrophie du thymus ainsi qu'à son traitement chirurgical et médical.

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à exprimer ici tous nos remerciements à M. Touche qui fut l'inspirateur de ce travail et nous aida de ses conseils

A tous nos maîtres des hôpitaux de Paris, nous exprimons aussi notre reconnaissance et tout particulièrement à M. Siredey, médecin de l'hôpital St-Antoine, et à M. Letulle, médecin de l'Hôpital Boucicaut, membre de l'Académie de médecine.

Par leurs hautes qualités morales, ils nous ont montré qu'en présence du malade nous n'avons pas affaire seulement à un organisme terrassé par la maladie, mais aussi à un être anxieux et découragé, qui attend de nos lèvres la parole affectueuse et consolatrice venue de notre cœur, et qui leur donnera l'espoir auxiliaire indispensable de la thérapeutique.

HISTORIQUE

Dès 1723, Richa signalait le rôle de l'hypertrophie du thymus dans la mort subite des nourissons. Kopp (1838) s'attache à la démonstration de cette notion qui pendant un certain temps fut universellement admise.

Mais en 1858, Friedleben essaye de prouver que cette idée est fausse. Après une série d'expériences, il conclut qu'il est impossible que le thymus puisse exercer sur la trachée ou les vaisseaux une compression assez forte pour amener le spasme de la glotte et la mort de l'enfant. L'opinion de Friedleben supplante alors celle de Kopp, et ce n'est qu'en 1888 que Grawitz, reprenant les conclusions de Kopp, montre par la publication d'observations très nettes que l'idée de Kopp était juste et depuis Grawitz on a publié de nouveaux cas de mort subite d'enfants chez lesquels à l'autopsie on ne trouva que cette seule lésion.

Depuis que l'attention a été appelée sur cette question, de nombreux cas ont été relevés dans la littérature et beaucoup d'autres certainement ont passé inaperçus. Il s'agit presque toujours d'enfants paraissant en bonne santé et que l'on trouve morts dans leur berceau.

Quelquefois cependant au lieu d'arriver en pleine santé la mort a été précédée d'une période asphyxique plus ou moins longue. Tel est le cas de Malfau, dans lequel une petite fille de 2 mois $1/2$ met quinze jours pour arriver à l'asphyxie mortelle. La trachée était aplatie par un thymos de 31 grammes, présentant de la congestion avec des ecchymoses.

Dans quelques cas (cas de Perrin de la Touche) l'hypertrophie du thymus peut se manifester dans les premiers instants de la vie et faire mourir l'enfant quelques heures après sa naissance.

L'hypertrophie du thymus est très fréquemment la cause de mort rapide chez les jeunes enfants et bien des morts qui autrefois, restaient mystérieuses seront facilement éclairées par un observateur averti, ce qui présente un grand intérêt au point de vue médico-légal.

ANATOMIE

Macroscopique et Microscopique

Le thymus de consistance molle et diffuente est rose d'abord, puis jaune. Il laisse échapper à la section un liquide opalescent et épais, son poids moyen est de 10 grammes. Un thymus de 25 grammes est déjà un gros thymus. On en a vu cependant qui pesaient 60 grammes. Il s'accroît surtout pendant les deux premières années pour regresser au moment de la puberté et à 25 ans il n'en reste plus que des vestiges.

Composé de deux lobes unis par un isthme, il est contenu dans une capsule constituée par un sac fibreux et dense qui est fixé au sternum par des adhérences assez peu résistantes. La capsule par son feuillet antérieur envoie des prolongements vers l'aponévrose postérieure des muscles sterno-hyoïdiens et vers les gaines vasculaires carotidiennes.

nes, tandis que son feuillet se continue avec le fascia pré-trachéal. En bas, la capsule est fixée aux gros vaisseaux de la base du cœur et au péricarde. C'est pourquoi il serait dangereux et même impossible de pratiquer l'ablation du thymus avec sa capsule. C'est par l'énucléation que l'on doit procéder car le tissu glandulaire est séparé de la capsule par une atmosphère celluleuse très lâche.

Au point de vue topographique nous distinguerons dans le thymus deux portions principales : l'une thoracique, l'autre cervicale.

La portion thoracique se trouve dans le médiastin antérieur et est séparée assez souvent du sternum par une languette pulmonaire. Le lobe droit est en rapport avec le sternum du bord supérieur du manubrium jusqu'au troisième espace intercostal. Le lobe gauche descend un peu plus bas et va jusqu'à la cinquième côte. Sur la face antérieure passent en y creusant souvent un sillon, les artères mammaires internes. La face postérieure repose en bas sur le péricarde au niveau de l'oreillette droite et parfois du ventricule. Elle répond un peu plus haut à la gaine péricardique qui entoure l'aorte à la veine cave supérieure et au tronc veineux brachio-céphalique gauche. On peut parfois trouver le tronc veineux devant le thymus ou devant le lobe gauche et derrière le lobe droit. Quelquefois la glande s'enfonce comme un coin entre le tronc artériel brachio-céphalique et la carotide gauche pour venir en

contact direct avec la trachée. Le nerf cardiaque inférieur droit qui croise la crosse de l'aorte est intimement appliquée à cette face postérieure (Rieffel et Le Mée).

Par ses bords latéraux la glande répond aux nerfs phréniques accompagnés par les artères péricardo-diaphragmatiques. Pour les classiques le nerf phrénique droit longerait seul la glande, le phrénique gauche passant plus en arrière. Rieffel et Le Mée ont montré que le phrénique droit qui longe la face externe du tronc veineux brachio-céphalique puis de la veine cave est en retrait par rapport au thymus tandis que le phrénique gauche, repoussé en avant par la sous clavière s'accole à son bord latéral et s'y creuse parfois un sillon. La base du thymus repose sur le péricarde et envoie un prolongement plus ou moins étendu dans l'angle sterno-péricardique, prolongement qui parfois atteint le diaphragme.

Quant à la portion cervicale, elle émerge à travers la partie supérieure du thorax, point rétréci où tous les organes sont pressés les uns contre les autres. Elle envoie deux prolongements ou cornes supérieures qui montent plus ou moins haut vers le corps thyroïde, et lui sont reliées par un cordon fibreux renfermant les branches de l'artère thyroïdienne inférieure. La corne droite répond au tronc veineux brachio-céphalique aux veines jugulaires interne et antérieure à la partie supérieure du tronc

artériel brachio-céphalique. La corne gauche habituellement remonte plus haut, recouvre le tronc veineux brachio-céphalique gauche et les veines thyroïdiennes qui y aboutissent ; elle répond également aux artères sous clavière et carotide primitive au pneumogastrique. Dans un tiers des cas, elle envoie un prolongement profond qui s'insinue dans l'espace tracheo-carotidien et vient au contact de l'œsophage et du nerf récurrent.

Les artères du thymus viennent des mammaires internes et accessoirement des thyroïdiennes inférieures des péricardo-diaphragmatiques et du tronc brachio-céphalique. Les veines forment de gros troncs qui se déversent en haut, dans les veines thyroïdiennes inférieures en bas dans les veines brachio-céphalique et mammaire et parfois dans les azygos.

Nous venons de voir quels sont les rapports du thymus avec les organes voisins ; nous allons dire maintenant quelques mots de son histologie.

C'est Rolliker qui le premier a montré que le thymus naît aux dépens d'une fossette de la troisième fente branchiale recouverte de tissu épithélial, de chaque côté naissent ainsi deux bourgeons droit et gauche qui se soudent rapidement sur la ligne médiane formant un organe impair et allongé. Ces deux bourgeons sont composés de cellules rondes ressemblant à celles des glandes pilosebacées et d'après Rolliker et Renault, ces cellules seraient

des cellules épithéliales, car elles sont : 1° relativement ordonnées ; 2° leurs noyaux sont réguliers et non bosselés comme ceux des cellules lymphatiques.

Bientôt le thymus épithélial commence à se transformer en organe lymphoïde et cette transformation est opérée vers le troisième mois de la vie intra-utérine. A ce moment l'organe a la même structure qu'il aura deux ans après au moment de son développement maximum. Le thymus, dès ce moment, est contenu dans une capsule conjonctive, mince lisse unie à sa surface externe, difficile à isoler ; par sa face intérieure elle envoie des prolongements divisant la glande en lobules qui à leur tour se divisent en follicules.

Chaque lobe est constitué par un amas de lobules pelotonnés et réunis les uns aux autres par du tractus fibreux. On peut couper ces replis et les lobules se déroulent fixés à un corps central. On les a comparés, ainsi déroulés, à des champignons qu'on enfle sur une corde pour les faire sécher. Le lobule est lui-même composé de follicules ; chaque follicule est un thymus libre et indépendant. Il est composé de deux zones concentriques : l'une périphérique granuleuse, l'autre centrale, plus claire. La zone externe ou corticale est constituée par un tissu réticulé serré formant des mailles remplies de cellules lymphatiques ; il doit son apparence gra-

nuleuse à l'abondance des cellules lymphoïdes contenues dans ses mailles.

La zone médullaire est constituée par un tissu réticulé à mailles plus larges contenant des lymphocytes qui forment la partie fondamentale de la glande et, en plus, quelques éléments spéciaux :

- 1^o) des cellules granuleuses jaunâtres ;
- 2^o) des grandes cellules à noyaux multiples ;
- 3^o) des globules rouges à noyaux ;
- 4^o) des corpuscules de Hassal ;
- 5^o) des cellules épithélioïdes.

Les corpuscules de Hassal que l'on appelle encore globes épidermiques, se trouvent uniquement dans la substance médullaire. Leur signification n'est pas encore connue.

Pour Rolliker, ce sont simplement des cellules thymiques autour desquelles se seraient déposées des couches concentriques de substance amorphe. Pour d'autres, ce sont des agglomérations spéciales de cellules lymphoïdes.

Friedleben les considère comme des follicules clos en voie d'atrophie, Hassal et Ranvier, frappés de la connexion de ces corpuscules avec les vaisseaux, en font des dérivés de l'eudothélium ; ce seraient des bourgeons creux dérivés des parois vasculaires se pédiculisant et s'isolant ensuite. » Pour Stieda, His et Renault, il s'agirait de débris de l'ancien épithélium, leur origine serait ectodermi-

que, et ces corpuscules représenteraient tout ce qui reste du thymus épithelial primitif.

La tendance actuelle est de considérer le thymus lymphoïde comme issu de l'épithelium primitif, et les corpuscules de Hassal, ainsi que les cellules myeloïdes et épithelioïdes d'origine vasculaire.

PHYSIOLOGIE

De nombreuses expériences ont été faites sur les animaux pour étudier le rôle physiologique du thymus. Nous n'en rapportons ici que les résultats obtenus.

Ablation totale du thymus. Elle est compatible avec la survie, ainsi que le montrent les expériences de Friedleben sur le chien (1858), de Langerhans et Savetier sur le lapin (1893), Ver Eecke sur la grenouille (1899). On a enlevé assez souvent chez l'enfant le thymus en pleine évolution sans qu'aucun trouble en ait résulté.

Il est vrai cependant de dire que l'ablation du thymus ralentit notablement la croissance; mais cet arrêt ne serait que transitoire, les animaux opérés par Tarulli et Lo Monaco, ayant repris au bout de deux mois le même poids que les animaux témoins.

Le thymus influe également sur la constitution

du squelette. Friedleben a constaté chez un chien éthymé à deux mois et tué vingt jours plus tard, que les épiphyses étaient congestionnées, que le corps du fémur et celui du tibia étaient flexibles, le périoste mince et les cavités médullaires énormes. Tarulli et Lo Monaco constatent également chez un chien éthymé, que les jambes sont arquées et la tête trop volumineuse. Basch, chez quatorze petits chiens éthymés constate de la gracilité des os, la fragilité de leur structure, l'irrégularité des sutures. Dans les fractures expérimentales, le col est beaucoup plus lent à se former. En somme, on constate des troubles de la calcification. Mais ces troubles ne sont pas les seuls que l'on constate ; en même temps se manifestent des troubles trophiques de la peau et de la calorification ; les échanges nutritifs sont ralentis. Friedleben a constaté la diminution de CO_2 exalé ; enfin, comme nous l'avons déjà dit, chez les animaux éthymes, la croissance subit un arrêt bien que ces animaux deviennent très voraces, à la suite de l'ablation de leur thymus.

Les extraits de thymus sont très toxiques et Svehla constate chez les chiens auxquels il en a administré, de l'accélération du pouls, une chute très considérable de la pression artérielle, du collapsus, des phénomènes dyspnéiques et asphyxiques se terminant par la mort. A l'autopsie, on trouve de l'œdème pulmonaire. Parisiot, dans ses expériences,

en 1908, constate que l'hypotension est considérable et explique cette baisse de pression par la paralysie des vaso-constricteurs.

De toutes ces expériences on peut déduire que le thymus est une glande à sécrétion interne, agissant surtout sur la nutrition et qu'il n'est pas indispensable à la vie.

Il est à remarquer que le thymus entre en régression au moment où commence la vie génitale, et subsiste lorsque cette dernière est entravée.

En somme, on ne connaît que fort peu de choses de la physiologie du thymus et il semble que la pathologie soit appelée à nous éclairer sur ses fonctions, mieux que n'a pu le faire jusqu'à ce jour l'expérimentation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Service du docteur Touche, d'Orléans

René G..., né le 20 juin 1909. Entre le 14 juillet 1910 à la crèche de l'Hôpital général d'Orléans. Cet enfant présente au siège de nombreuses syphilides et c'est sur le conseil du médecin que sa nourrice le fait entrer à l'hôpital afin qu'il ne contagionne pas ses propres enfants. Le petit malade bénéficie largement du traitement mercuriel par frictions. En effet l'enfant qui, à son entrée, pesait 4 kilos 800 grammes, pesait, le 14 mai, 6 kilos 175. Il paraissait en très bon état lorsque, tout à coup, sa respiration devient pénible ; il boit d'abord difficilement, puis rend aussitôt le lait qu'on s'efforce de lui faire prendre. Il meurt en deux jours, le 10 juin 1910.

Autopsie. — Tous les organes sont sains, si ce n'est le thymus qui est hypertrophié ; poids, 30 grammes. La glande recouvre presque en entier la face antérieure du cœur.

OBSERVATION II (personnelle).

Service du Docteur Touche, d'Orléans

Marie V..., née le 20 novembre 1909, enfant de l'Assistance publique, syphilitique héréditaire, entre le 22 janvier 1910.

En deux mois, disparition des manifestations syphilitiques par frictions et gouttes de Van Swiëten. A son entrée, pesait 3 kilos 180. Le 6 juin 1910, pèse 5 kilos 490. Morte le 20 juin 1910.

Cet enfant présentait un faciès particulier : bouffi et légèrement bleuâtre. Depuis deux jours elle prenait moins lorsque, le matin du 20 juin, elle fait des phénomènes de dyspnée avec tirage et cornage et meurt en quelques heures. L'observation des phénomènes de dyspnée combinée à la palpation et à l'inspection avaient permis de faire le diagnostic d'hypertrophie du thymus.

Autopsie. — Thymus long de huit centimètres, large de trois, congestionné et pesant 32 grammes.

Nous donnons plus loin le résultat de l'examen macroscopique des coupes pratiquées sur une pièce formolée provenant de l'autopsie de la petite Marie V... (Observation II). Mais avant, nous tenons à rapprocher de nos observations, les suivantes que nous avons tirées du mémoire de M. Barbier, médecin à l'hôpital Herold, sur la pathologie de l'hypertrophie du thymus. (Arch. de médecine des enfants, Novembre 1909);

OBSERVATION III

Service de M. Barbier, hôpital Hérold.

Jeanne M..., âgée de dix-huit mois, entre à Herold le 21 février et meurt subitement le 4 mars.

Enfant athrepsique pesant seulement 5 k. 150, d'aspect cachectique, maigre, pâle, présentant des stigmates osseux à la fois de rachitisme et d'heredo syphilis (tuméfaction des épiphyses inférieures du radius et cubitus, radius curvus, bosses frontales saillantes et inégales, thorax en carène avec dépressions latérales et voussures costales, retard de dentition, etc...) et de plus, au moment des mouvements respiratoires une difformité sur laquelle nous allons revenir.

On note en même temps l'hépto-splénomégalie et des adenopathies axillaires cervicales et inguinales.

Enfant née à terme pesant, 3 kilos, n'ayant jamais eu un développement convenable, ayant souffert de troubles gastro intestinaux, tenaces et rebelles, maigrissant depuis trois mois et présentant depuis trois semaines une infection cutanée.

La mère a eu 15 grossesses, 7 enfants morts en bas âge de convulsions, 1 d'erysipèle ?

L'enfant ne marche pas et ne parle pas.

Indépendamment d'une éruption polymorphe peut-être d'origine syphilitique mais infectée pour l'instant, papules bulles placards desquamatifs siégeant sur le cuir chevelu, le pavillon de l'oreille, la partie supérieure du thorax et les deux membres, l'enfant présente d'une façon permanente un tirage particulier. Ce tirage n'est pas celui d'un enfant atteint de croup aspirant ses viscères abdominaux. Mais à

chaque inspiration ceux-ci sont refoulés par la contraction du diaphragme, tandis que les côtes correspondant aux attaches diaphragmatiques en avant présentent à chaque inspiration une rétraction profonde rétrécissant le diamètre transversal du thorax et ayant pour effet de projeter en avant le sternum et de renverser en dehors, au-dessous de la dépression, la circonférence inférieure du thorax. On a sous les yeux, pour ainsi dire, un thorax en entonnoir intermittent.

Ce tirage permanent s'exagère quand l'enfant est émotionné et accélère sa respiration. Aucune modification de la voix ni du cri n'a été notée dans l'observation.

Les jours suivants son entrée, sous l'influence des soins, les lésions cutanées se sont améliorées et l'enfant apyrétique soumis aux frictions mercurielles, augmente légèrement de poids pendant les huit jours qu'il passe à l'hôpital, lorsque, brusquement, le huitième jour, il meurt à quatre heures du matin.

Autopsie. — Indépendamment d'une ectasie de la partie ascendante de l'aorte et d'une congestion intense violacée des deux poumons avec issue de sang noir à la coupe, d'un foie et d'une rate volumineuse, on trouva, dès l'ouverture du thorax, un thymus très hypertrophié, masquant complètement les gros vaisseaux de la base du cœur et s'étendant au devant du péricarde transversalement jusqu'à toucher les bords antérieurs des poumons droit et gauche.

Le thymus mesure 8 centimètres de hauteur sur 2 centimètres 5 de large et une épaisseur de 5 millimètres.

Au niveau de l'orifice supérieur du thorax, en arrière du manubrium, la trachée présente nettement un aplatissement antéro postérieur. Cet aplatissement se perçoit par la vue,

la trachée ayant à ce niveau un diamètre transversal plus grand que le diamètre antéro-postérieur.

Du doigt, on sent nettement quand on suit le bord antérieur de la trachée, qu'elle présente une dépression et que les anneaux cartilagineux sont comme ramollis et s'affaissent plus facilement à ce niveau : de profil on voit une dépression à l'endroit sus-indiqué.

Cette dépression laisse supposer que la section de la trachée est ovale, à grand axe transversal. De plus, la trachée dévie légèrement en zig-zag, présente une déformation en S. L'épaisseur de la trachée au-dessus du point comprimée est de 8 millimètres au niveau de ce point de 5 millimètres. La distance entre la face postérieure du sternum et la face antérieure de la colonne vertébrale est de 15 millimètres.

OBSERVATION IV

Service de M. Barbier, hôpital Hérold

Enfant âgé de un an entre à Hérold avec une dyspnée intense ; tirage très marqué ; aplatissement inspiratoire thoracique latéral au lieu d'élection et refoulement des viscères abdominaux. Il a une toux quinteuse rauque incessante et un stridor permanent ; le visage est cyanosé, les yeux brillants.

Cette dyspnée, cette cyanose augmentent dès qu'on fait asseoir l'enfant ou qu'on met sa tête en extension. Alors le cou se tuméfie ; les veines superficielles de la région cervicale, surtout à gauche, deviennent turgescents ; l'enfant semble asphyxié : sa toux devient encore plus quinteuse et pénible ; le pouls monte à 180. La dyspnée, le tirage avec dépression thoracique, la raucité de la toux sont les trois

signes capitaux que présentent l'enfant à son entrée à l'hôpital avec une cyanose assez marquée.

C'est un enfant très au-dessous de son poids (6 k. 580 à un an, c'est-à-dire à peu près d'un quart au-dessous du poids théorique).

Il semble, à première vue, bien constitué, mais un examen attentif montre des stigmates de rachitisme et de syphilis héréditaire probable.

A savoir : base frontale gauche saillante, nodosités costales, extrémités des os légèrement tuméfiées, fontanelles ptériques et bregmatiques encore perceptibles à un an ; testicules durs et gros ; pointe de hernie ombilicale.

On ne trouve aucune trace d'éruption suspecte et rien dans les antécédents personnels ou héréditaires ne permet d'affirmer la spécificité. La mère est parait-il bien portante, sujette à tousser. Elle a deux autres enfants (deux ans et demi et six jours) également bien portants ; le père est bien portant.

Le petit malade, né à terme, nourri au lait de vache, à la crèche, avait bien profité jusqu'à il y a un mois environ ; puis peu à peu il ne profita plus et depuis six jours, sa dyspnée augmente d'une façon inquiétante, sa toux est presque continuelle. Il n'a jamais même dans ces temps derniers présenté de signes gastro-intestinaux (vomissements ou diarrhée). Il serait plutôt constipé ; il a le ventre ballonné et dur.

A son entrée, l'enfant présente des signes d'infection. Le pus coule continuellement des deux narines et l'examen du pharynx montre une muqueuse recouverte d'un suintement muco-purulent très abondant et semblant venir aussi bien du naso-pharynx que de la partie inférieure du pharynx. Il n'y a pas de fausses-membranes ; fissures labiales.

Pas d'écoulement purulent oculaire ou auriculaire ; adenopathie axillaire surtout marquée à droite. On note quelques petits ganglions hypertrophiés de la chaîne jugulaire. Gros ventre.

Aux poumons : quelques râles muqueux aux deux bases, de même au sommet droit qui est submat avec une respiration soufflante.

Mais cette broncho-pneumonie légère n'explique pas la dyspnée formidable et le tirage inquiétant du malade. Elle n'est pas non plus due à un croup. L'évolution lente, les caractères spéciaux du tirage et surtout l'ensemencement qui ne montre pas de spertoques et pas de Loïfler sont contraires à cette hypothèse. Par précaution on fait 5 centimètres cubes de sérum antidiphthérique qui n'amènent aucune modification.

La compression par un thymus hypertrophié semble le diagnostic probable.

Inspection : Il semble qu'il y ait une légère voussure au niveau du manubrium sternal.

Palpation : Quand l'enfant a la tête rejetée en arrière, le creux sus-sternal se comble et on croit sentir au moment de l'expiration une tuméfaction qui vient frapper le doigt appliqué dans celui-ci.

Percussion : Matité du manubrium, Cette matité descendrait derrière le corps du sternum jusqu'à la hauteur du deuxième espace.

La dyspnée, le tirage, sont permanents, avec augmentation dès que l'on examine l'enfant.

La simple flexion ou extension de la colonne cervicale exagèrent considérablement la dyspnée et la cyanose. Celle-ci a toujours respecté les membres supérieurs. Il semble qu'il n'y ait jamais eu d'œdème de la face ou des bras, mal-

gré la compression du tronc veineux brachio cephalique, qui se manifeste surtout à gauche par un gonflement énorme du tronc brachio cephalique et des jugulaires qui comblent le creux sus-sternal et prennent latéralement le volume du petit doigt.

L'enfant parut s'améliorer les jours suivants et même du 19 février au 9 mars il augmenta de 500 grammes ; les phénomènes dyspnéiques étaient moins marqués lorsque l'enfant qui avait depuis le début une infection rhin-pharyngée très accentuée, présenta des signes de bronchite purulente. Le tirage, la dyspnée spéciale reprirent leur intensité du début et le malade succomba à des accidents septiques avec hyperthermie terminale.

Voici maintenant le résultat de l'examen pratiqué sur des coupes horizontales faites dans le bloc formé par le thymus, les poumons, la trachée, l'œsophage et les gros vaisseaux. Il s'agit du thymus de la petite malade de l'observation II.

Le thymus, d'une hauteur de 7 centimètres, large à sa partie moyenné de 3 centimètres, à sa base de 4 centimètres, se trouve étalé en fer à cheval au devant de l'aorte de l'artère pulmonaire et de la veine cave supérieure. Il descend sur la face antérieure du cœur au devant de laquelle il s'étale jusqu'au tiers de sa hauteur.

Les coupes successives que nous avons pratiquées nous ont permis de constater que nulle part la trachée n'avait été comprimée par le thymus. Sa lumière est normale sur tout le trajet.

Une coupe pratiquée à deux centimètres de l'extrémité supérieure du thymus (fig. 1) montre ce

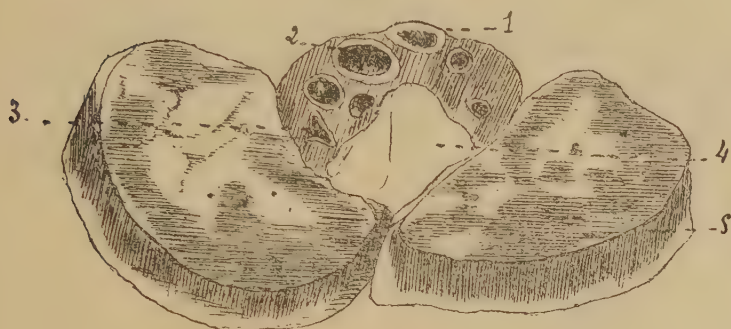


Fig. 1.

COUPE HORIZONTALE DU BLOC FERMÉ

par les poumons, le thymus, les gros vaisseaux du médiastin,
la trachée et l'œsophage.

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1. Œsophage. | 4. Thymus. |
| 2. Trachée. | 5. Poumons. |
| 3. Veine cave supérieure. | |

dernier en rapport direct avec le tronc veineux brachio-céphalique gauche et la carotide primitive droite dont il semble légèrement avoir aplati la lumière.

Mais une coupe pratiquée à un centimètre plus bas, presque immédiatement au-dessous de l'origine de la veine cave supérieure (fig. 2) nous montre la lumière de ce vaisseau complètement aplatie par le thymus qui par sa face postérieure le comprime. A ce niveau également, le tronc brachio-

cephalique présente sa lumière légèrement aplatie à sa face antérieure.



Fig. 2.

3. Veine cave supérieure. 4. Thymus.
6. Tronc artériel brachio-cephalique.

Au niveau de la crosse de l'aorte (fig. 3) le thymus de plus en plus large, épais d'un centimètre, comprime encore la veine cave, donnant à la lumière une forme triangulaire.

De ces observations que nous avons groupées, de cet examen anatomo-pathologique que pouvons-nous tirer, que nous est-il permis de penser ?

Voici quatre enfants hérédosyphilitiques, qui meurent après avoir présenté les mêmes symptômes.

Tous les quatre bénéficient dans une large mesure du traitement spécifique, puis après une période de mieux très sensible et d'augmentation de poids, après avoir semblé opter pour la vie, ils per-

dent tout à coup du terrain et, d'une façon plus ou moins brusque, succombent après avoir présenté tous les symptômes de l'hypertrophie du thymus. Ceci ne peut manquer de nous frapper et nous avons le droit de nous demander si la maladie primitive, héréditaire, que nous sommes habitués à voir se manifester de façons si multiples, et que nous croyions avoir jugulée par le mercure ne vient pas de



Fig. 3.

2. Bifurcation bronchique.
3. Veine cave supérieure.

7. Aorte (portion horizont. de la
Crosse)
4. Thymus.

réapparaître d'une façon imprévue dans l'hypertrophie de cette glande qui a sur la nutrition du jeune enfant une influence si marquée.

Tant que la syphilis ne fut pas traitée par le mercure, elle se manifestait surtout par des plaies et des ulcères, et atteignait presque exclusivement les

systèmes osseux et musculaire. C'est encore sous cette forme, d'ailleurs, qu'elle se rencontre chez les Arabes, qui, le plus souvent, négligent de se soigner et l'on serait souvent fort étonné de trouver sous les vêtements somptueux de beaucoup d'entr'eux, de haute stature et de magnifique apparence, d'horribles ulcères de la période tertiaire.

Dans les nations civilisées, au contraire, où on la combat par le mercure, il semble que la maladie sournoise, chassée du domaine qu'elle avait jusqu'alors occupé, fuyant devant le mercure, se retranche dans des régions où celui-ci ne peut l'atteindre. C'est ainsi que (et il faut bien le dire, l'alcoolisme aidant avec le surmenage intellectuel) elle s'est abattue sur le système nerveux, et que nous la voyons évoluant avec la thérapeutique, revêtir la forme de la paralysie générale et du tabès.

Pourquoi, dès lors, ne pas admettre que dans beaucoup de cas, sinon dans la majorité, l'hypertrophie du thymus est, sinon une nouvelle modalité de la syphilis héréditaire, puisque depuis fort longtemps déjà on observe des morts subites avec gros thymus, du moins une forme sur laquelle l'attention des cliniciens ne s'est pas portée jusqu'à ce jour?

Le professeur Fournier signale plus d'une dizaine d'observations d'enfants heredo-syphilitiques morts subitement.

« Ces enfants, dit-il, ne présentaient aucun des stigmates qu'aurait dû leur valoir leur malheureuse hérédité et ils paraissaient indemnes de toute avarie

quand la mort, tout à coup, les a emportés. » Peut-être l'étude de leur thymus aurait-elle apporté une explication à leur fin imprévue.

Il nous semble qu'il serait intéressant à l'avenir de rechercher systématiquement l'hérédité syphilitique chez tous les enfants atteints de l'hypertrophie thymique.

DIAGNOSTIC

de l'hypertrophie du thymus

C'est surtout dans la première enfance, de six mois à sept ans que se montrent les accidents dus à l'hypertrophie thymique. Ces accidents donnent lieu à des troubles respiratoires et circulatoires qui, au premier abord, peuvent faire croire à l'existence de lésions laryngées ou pulmonaires.

D'après Paltauf, les enfants atteints d'un gros thymus auraient un facies particulier, une adiposité particulière. Ces enfants sont plongés dans un état de torpeur dû vraisemblablement à des troubles de congestion encéphalique. Au moment même des efforts et des cris de suffocation le visage de l'enfant se cyanose. Mais même entre les crises de suffocation, on peut observer un teint légèrement cyanotique de la face ou le gonflement des veines superficielles du cou.

Le plas'ron sterno-costal présente à l'inspection une tuméfaction en avant de la trachée, saillie qui peut disparaître dans le thorax pendant l'inspiration. Il existe une voussure localisée à la poignée sternale et aux deux premiers cartilages costaux. On se rend bien compte de cette saillie en examinant l'enfant à jour frisant.

Par la palpation on peut se rendre aussi compte de l'existence de cette voussure. Les doigts de chaque mains placés symétriquement à plat sur le thorax, permettent quand on les fait glisser sur le plan chondrosternal d'avoir la sensation tactile d'une courbure différente des deux premiers cartilages costaux.

On perçoit à la percussion une plus grande étendue de matité qu'à l'état normal. Normalement, la matité thymique a les limites suivantes : C'est un triangle dont la base supérieure correspond aux articulations sterno-claviculaires et le sommet à la deuxième côte. Le bord gauche dépasse d'un demi-centimètre le bord correspondant du sternum et une bande de sonorité pulmonaire large d'un pouce le sépare de la matité cardiaque.

C'est vers l'âge de cinq ans que doit disparaître cette matité thymique. Chaque fois qu'elle dépasse ces limites et qu'elle se continue sans interruption avec la matité cardiaque, on peut dire que le thymus est hypertrophié.

En général, à cette matité anormale se superpose une voussure assez nette.

La radiographie fait constater chez les enfants de moins de deux ans une ombre parallèle à l'ombre du rachis, depuis la fourchette sternale jusqu'à l'ombre cardiaque. Chez un sujet atteint d'hypertrophie thymique cette ombre est large et sus-jacente à l'ombre cardiaque ; elle ne dépasse pas le bord supérieur de la poignée sternale, mais dépasse nettement ses bords latéraux à droite et à gauche. Vers la base du thymus les deux bords s'écartant de la ligne médiane regagnent les limites de l'ombre du cœur.

Les troubles fonctionnels sont constitués par de la dyspnée et des accès de suffocation. La dyspnée est continue et associée au tirage et au cornage ; elle augmente dans la position couchée par hypertension de la tête. Le tirage n'est pas le même que dans le croup et s'en distingue par les caractères suivants : Tandis que dans le croup, au moment de l'inspiration le thorax se rétrécit à sa base, dans l'hypertrophie du thymus, au contraire, cette base est évasée, le diamètre transversal est diminué et le sternum est porté en avant. Les accès de suffocation sont généralement nocturnes et accompagnés de cyanose. La position couchée ne peut que les exagérer.

En général, on prend ces phénomènes pour des symptômes de croup, de spasme de la glotte ou de laryngite striduleuse.

Il faut aussi penser à l'adénopathie trachéo bron-

chique, celle qui par son volume comprime. Les antécédents et l'habitus antérieur du malade renseigneront sur ce point là. Il faut aussi songer à la possibilité d'un corps étranger des voies supérieures ou d'un abcès comprimant la face postérieure de la trachée. Tel le cas d'Enderlen ; un enfant de trois ans avait eu plusieurs crises de suffocation. Enderlen pensa à une hypertrophie du thymus. Il fit une incision médiane, résequa un centimètre de largeur du sternum et enleva les deux lobes du thymus. L'enfant fut amélioré sur le moment mais mourut peu après. A l'autopsie, on trouva derrière la trachée, un abcès répondant aux troisième et quatrième vertèbre. L'amélioration temporaire provenait de ce que l'ablation du thymus avait momentanément décomprimé la trachée. L'adénopathie n'apparaît que très exceptionnellement dans les premiers mois de la vie tandis que les troubles du thymus sont très précoces.

On doit, en présence de compression intra thoracique penser à l'hypertrophie du thymus et si son existence apparaît certaine, il est du devoir du médecin d'avertir la famille des dangers immédiats ou prochains que court le petit malade, l'inviter à appeler d'urgence un chirurgien.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

de l'hypertrophie du thymus

Dans cette affection comme dans trop d'autres, le traitement médical est illusoire et n'est même pas palliatif, les médecins soucieux d'apporter quelque soulagement à leurs malades ont dû s'adresser au bistouri et le traitement chirurgical tenté d'abord avec scepticisme et dans un intérêt presque exclusivement expérimental a dépassé les espérances les plus optimistes.

Actuellement, trois interventions se disputent la faveur du chirurgien pour la cure de l'hypertrophie du thymus : les uns se bornent à l'exothymopexie ; d'autres préconisent la résection du manubrium sternal précédé ou non de l'exothymopexie ; une troisième école enfin — et c'est la plus nombreuse, sinon la mieux avertie — propose et pratique avec succès la thymectomie. Nous voudrions — succinc-

tement d'ailleurs — mettre en parallèle ces trois méthodes, sinon pour les juger, du moins pour essayer de faire ressortir les avantages de chacune.

L'exothymopexie n'est autre chose, en somme, que la fixation haute du thymus. Cette intervention est pratiquée surtout par Rehn. C'est, sans contre-dit, le procédé le plus facile et qui peut suffire dans quelques cas à amener une guérison complète, mais il n'en va pas toujours ainsi et la thymopexie n'est souvent qu'un palliatif insuffisant. Aussi quelques opérateurs, ne voulant pas la répéter, l'ont employée comme procédé adjuvant après une thymectomie incomplète.

Konig, par exemple, enlève une partie du thymus et fixe au catgut le tissu restant et la capsule au manubrium sternal. Rehn, Jacobon le fixent aux fascia sous-sternaux. Victor Veau et Olivier dont la compétence en chirurgie du thymus est indiscutable et qui, dans un article très documenté paru dans la *Presse Médicale* d'avril 1910, ont pour ainsi dire, mis au point la question du traitement chirurgical de l'hypertrophie thymique, rejettent l'exothymopexie simple pour plusieurs raisons dont les plus probantes paraissent être celles-ci :

1. Il est plus difficile de fixer le thymus que de l'extirper ;

2. Le thymus n'est pas obligatoire à la vie, l'ablation du thymus ne retentit pas d'une façon appréciable sur la santé générale ;

3. Alors même que le thymus serait un organe essentiel, son ablation même la plus soigneuse ne peut être complète car, comme c'est une glande multilobée, plusieurs diverticulums échappent à l'extirpation.

D'autre part, la thymopexie employée comme adjuvant de la thymectomie partielle semble une pratique dangereuse car, fixer derrière le manubrium les débris du thymus c'est risquer la compression de la trachée. Il vaudrait mieux refouler le moignon thymique très bas, du côté du péricarde.

La résection du manubrium sternal, préconisée surtout par König et Murphy, est destinée à augmenter l'orifice supérieur du thorax pour supprimer la compression produite par l'hypertrophie thymique. Cette intervention a pour but, en fait, d'agrandir l'espace libre en avant de la trachée. Mais ce semble une complication inutile de la thymectomie et qui peut devenir d'urgence par le suintement sanguin qu'elle provoque.

Peut-être cette opération est-elle indiquée dans le cas où le thymus hypertrophié, véritable tumeur maligne, adhère aux organes voisins, mais c'est là un fait absolument exceptionnel et trop rare pour qu'on s'y arrête.

La thymectomie nous apparaît donc, et nous nous rangeons ici à l'avis de MM. Veau et Olivier, comme le seul et vrai traitement rationnel des accidents imputables à l'hypertrophie du thymus. Actuellement,

si la plupart des auteurs acceptent la thymectomie et en font l'opération de choix, cependant tous ne sont pas d'accord sur la pratique de cette intervention. Des divergences subsistent entre les chirurgiens : les uns voulant que la thymectomie soit partielle, les autres totale, ceux-ci la pratiquant sous-capsulaire, ceux-là extracapsulaire.

La thymectomie doit-elle être totale ou partielle ? Pürucker, Ehhardt, Jackson, Nicoll, Veau et Ollivier ont pratiqué la thymectomie totale ; Rehn, König, Hinrich s'en sont tenus à la thymectomie partielle. Où est la vérité ? Nos connaissances actuelles en physiologie ne nous permettent pas encore de fixer d'une manière exacte le rôle du thymus dans notre économie, nous n'en sommes là-dessus qu'à des hypothèses plus ou moins osées, plus ou moins vraisemblables, ou qui paraissent en concordance avec un nombre de faits expérimentaux trop restreints pour qu'on puisse conclure d'une manière certaine. Les physiologistes, d'ailleurs, ne se sont pas entendus d'une manière définitive sur les dangers d'une extirpation totale. Il faut aussi tenir compte de ce fait important : qu'on peut enlever du thymus tout ce qu'on peut facilement atteindre sans que pour cela l'extirpation soit totale.

La thymectomie doit-elle être sous-capsulaire ou extra-capsulaire ? König et Jacobson ont semblé vouloir pratiquer la thymectomie extra-capsu-

laire, encore convient-il de rester sceptique sur cette prétention et cela pour les raisons que je dirai plus loin. Tous les autres auteurs ont pratiqué l'énucléation sous-capsulaire. On rejette assez universellement la thymectomie extra-capsulaire parce qu'elle semble dangereuse et difficile. Pour faire une thymectomie extra-capsulaire, il faudrait, en effet, disséquer tous les organes auxquels adhère cette capsule, par conséquent les gros vaisseaux du cou, les nerfs récurrents, les nerfs phréniques, les plèvres, le péricarde ; il faudrait, de plus, réséquer le sternum.

C'est là une intervention qui nécessiterait un long temps et une dextérité peu commune à la portée d'un petit nombre de chirurgiens. Pourquoi s'y cantonner, alors que l'énucléation sous-capsulaire est si simple ; il suffit en effet de libérer à la sonde canelée quelques tractus fibreux lâches pour que la glande se luxe très facilement hors de sa capsule. Quand on extirpe un thymus de sa loge on n'a même pas à se préoccuper de ses rapports avec les organes qu'on ne peut atteindre et qu'on ne voit pas. Donc aucun danger, aucune complication, le shock réduit à son minimum et l'absorption de chloroforme très restreinte, voilà les grands avantages qui nous paraissent militer sérieusement en faveur de la thymectomie sous-capsulaire. Pour nous résumer d'un mot, nous formulerons ainsi le traitement chirurgical de l'hy-

pertrophie thymique : thymectomie subtotale et sous-capsulaire.

Technique opératoire. — Avant d'exposer la technique opératoire, un point délicat nous semble devoir être élucidé : c'est celui de l'anesthésie. L'anesthésie générale chloroformique a été l'objet de nombreuses discussions. Lenormant et plusieurs autres auteurs la repoussent comme trop dangereuse. Cependant, elle a presque toujours été pratiquée et les observations ne mentionnent aucun accident chloroformique ; et l'anesthésie au chloroforme paraît tout à fait possible, à condition toutefois que l'anesthésique soit manié avec prudence par une main expérimentée. Dans les quatre cas opérés par Veau et Olivier, il ne se produisit aucune alerte alors qu'un des malades avait eu la veille de l'anesthésie jusqu'à trois crises d'asphyxie en une demi-heure.

La préparation du malade est la même que dans toute autre intervention : lavage du cou au savon, à l'alcool et à l'éther, application de teinture d'iode.

L'opérateur se place à droite, l'aide à gauche. On pratique une incision médiane et verticale de trois à quatre centimètres, suivant l'âge de l'enfant, commençant plus ou moins haut au-dessus du bord supérieur du sternum suivant les cas et se terminant toujours à 1 cm. 5 au-dessous de la fourchette sternale. On coupe le tissu cellulaire sous-cutané ;

il se produit souvent à ce moment une petite hémorragie en nappe qu'on arrête facilement par compression. Une fois le tissu graisseux incisé en entier, apparaît le premier point de repère : l'aponévrose cervicale superficielle engainant de chaque côté de la ligne médiane les deux muscles sterno-cleido-mastoïdiens. On incise latéralement au bistouri cette lame, les deux muscles s'écartent et sont réclinés avec des écarteurs de Farabœuf ou repérés par deux pinces de Kocher, laissant apercevoir un deuxième plan musculaire : les deux muscles sterno-thyroïdiens réunis sur la ligne médiane : c'est le deuxième point de repère. On incise la lame conjonctive qui les recouvre et on écarte ces deux muscles. Quand les deux muscles sont réclinés, on tombe sur une couche conjonctive épaisse mais peu résistante qui est placée immédiatement en avant de la face antérieure de la trachée. Au milieu de cette couche conjonctive apparaît une masse grise, mobile avec la respiration dans le sens vertical montant à l'expiration à deux centimètres au-dessous de la fourchette sternale et disparaissant pendant l'inspiration presque complètement derrière la première pièce du sternum. Cette masse mobile, à la pression dans le sens transversal, se gonfle et se dégonfle à chaque mouvement respiratoire. Elle est recouverte d'une lame fibreuse plus ou moins épaisse. On effondre cette lame à la sonde canelée ou on l'incise au bistouri. Dès qu'on l'a incisée, on voit la glande thymique s'énuccléer d'elle-même. Il

est facile de placer sur son pôle supérieur une pince de Kocher qui la maintient fixe et l'empêche de fuir pendant l'inspiration. Quelques coups de sonde canelée et la voilà libérée de sa capsule et prête à l'énucléation. En faisant des prises successives avec des pinces appliquées de plus en plus bas sur la glande, on arrive ainsi à extérioriser un des lobes, sans provoquer la moindre hémorragie. Pour plus de sûreté, il vaut mieux néanmoins placer un fil de catgut sur le pédicule externe avant d'enlever le lobe du thymus. Lorsqu'un des lobes a été enlevé (on conseille de commencer par le gauche), on recherche l'autre. On a souvent plus de difficultés à le rencontrer mais il s'énuclée facilement et l'on procède absolument comme pour l'autre. On obtient alors une cavité plus ou moins considérable s'enfonçant derrière le mambrimus et admettant jusqu'au pouce. Sa face postérieure est formée par la face antérieure de la trachée recouverte de tissu cellulaire sous-cutané, sa face supérieure est formée par une cloison conjonctive qui l'isole du corps thyroïde, sa face inférieure s'enfonce jusqu'à cinq centimètres au-dessous de la fourchette ; ses faces latérales répondent aux muscles sous-hyoïdiens et au paquet vasculo-nerveux du cou.

Pour fermer cette cavité, on suture les muscles sterno-thyroïdiens avec quelques points au catgut zéro.

Dans un but hémostatique, on fait un surjet sous cutané avec les débris de l'aponevrose superficielle. Suture de la peau aux crins sans interposition de drain.

Résultats de l'intervention. — Tout d'abord, il convient d'examiner la mortalité opératoire. L'hypertrophie thymique étant une affection rare, le nombre de ces interventions est forcément restreint. On connaît trois cas de mort se décomposant comme suit :

1. Un cas de Murphy : enfant de onze semaines mort 16 jours après l'opération, la glande avait été fixée, non enlevée, le manubrium réséqué, il n'y avait donc pas eu thymectomie.

2. Un cas de Nové Josserand : enfant mort le sixième jour après l'opération.

3. Un cas d'Ælsnitz et Prat : enfant de 4 ans mort six jours après la résection du sternun d'une medias-tinite aiguë.

En somme, ces trois cas de mort sont des morts tardives, survenues plusieurs jours après l'opération et non imputables à l'intervention en elle-même. Eu égard à l'âge des enfants opérés, on ne peut qu'être étonné de ce petit nombre de décès. C'est que contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, le shock n'existe pas ou presque pas à cet âge. L'enfant est alimenté quelques heures après l'intervention.

Modification des symptômes de l'hypertrophie thymique. — A ce point de vue, c'est la thymectomie

qui donne de beaucoup les meilleurs résultats. Tantôt l'amélioration est immédiate, quand on intervient pour troubles dyspneiques intenses et menaces d'asphyxie ; tantôt l'amélioration n'est que progressive lorsque l'état de l'enfant ne semble pas profondément atteint.

Enfin, il se pose, à propos de la thymectomie, une dernière question : Y a-t-il des accidents imputables à la suppression des fonctions thymiques ? König a observé chez un opéré du rachitisme consécutif, c'est regrettable assurément, mais cependant entre le rachitisme et la mort, il n'y a pas à hésiter et d'ailleurs la relation entre l'ablation du thymus et le rachitisme n'est pas du tout démontrée, ces deux faits pensent n'avoir entr'eux qu'un simple rapport de coïncidence.

En tous cas, les observations des thymectomisés sont encore trop récentes pour qu'on puisse se prononcer d'une façon définitive. Nous constatons bien l'absence d'accidents tardifs chez la plupart des opérés. Mais cette absence ne prouve pas leur inexistence : peut-être pourrions-nous assister à l'apparition des phénomènes que nous ne pourrions expliquer que par le trouble apporté dans les fonctions de l'économie par la suppression du thymus, mais c'est là une simple hypothèse qu'aucun fait jusqu'ici n'est venu étayer.

En résumé, on peut se croire en droit de pratiquer la thymectomie totale dans toute hypertrophie du thymus et aux esprits chagrins qui, au nom de

la physiologie, nous dénierai^{ent} ce droit, nous répondrions simplement que leurs craintes physiologiques ne sont pas fondées car d'une part dans la thymectomie même la plus complète il reste toujours une partie de la glande que l'instrument le plus parfait et la main la mieux exercée ne peuvent atteindre.

CONCLUSIONS

1^o. — Au point de vue pathogénique, il sera intéressant de rechercher si l'enfant n'est pas syphilitique héréditaire. Nous croyons, en effet, que, le plus souvent, l'hypertrophie thymique est une manifestation de syphilis héréditaire.

2^o. — Au point de vue diagnostic, chaque fois qu'on se trouvera en présence d'un d'enfant qui a des accès de suffocation, après avoir éliminé le croup, la laryngite striduleuse, l'adenopathie trachéo-bronchique, les corps étrangers du larynx, on devra penser à l'hypertrophie du thymus.

3^o. — Une fois le diagnostic d'hypertrophie du thymus posé, il faudra, aussitôt, prévenir la famille de la nécessité d'une intervention chirurgicale immédiate.

Vu : le Président de Thèse,

RECLUS.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

La Clinique (24 juin 1910).

L'hypertrophie du thymus, son importance en chirurgie, par LENORMANT. — Journal de Chirurgie (juin 1909. Tome II).

Presse Médicale (9 avril 1910).

Archives provinciales de chirurgie. (Tome XVIII, page 26).

Archives de médecine expérimentale. 1910, numéro 1, page 98.

Gazette des Hôpitaux (21 avril 1910).

Thèse de Gikha. 1901.

Province médicale (septembre 1899).

Thèse de Paris (1906-1907). — La mort subite chez l'enfant.

Archives générales de Médecine. 1907, page 283.

Compte-rendu de la Société de biologie (7 avril 1908, p. 745). — PARISOT.

Thèse de de Robert 1910.

Presse Médicale (3 février 1906).

Société de dermatographie et syphiligraphie (février 1901).

Société de pédiatrie. (10 janvier 1902).

Société de pédiatrie (19 octobre 1909).

Contribution à l'étude pathologique de l'hypertrophie du thymus. (Novembre 1909). — M. BARBIER.

L'hypertrophie du thymus et son traitement, par COMBY.
(Arch. de méd. des enfants 10 nov. 1909).

Archives de médecine des enfants. (1909, page 318).

Chirurgie du thymus, par MM. VEAU et OLLIVIER. (Arch. de méd. des enfants. Nov. 1909, page 89).

Un cas de mort pendant la chloroformisation, avec persistance anormale du thymus (Bulletin de la Société anatomique 1901-1906, page 585). — LA-POINTE.

LECÈNE.— Thymus persistant chez un homme de 32 ans mort subitement. (Bulletin de la Société anatomique de Paris. 28 déc. 1906, page 744).

LUCIEN et PARISOT. — Influence de la thymectomie sur la croissance. (Société de médecine de Nancy. 1907-1908, page 259).

IMPRIMERIE SPÉCIALE

de la Librairie OLLIER-HENRI

26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26

PARIS (VI^e)

